



Tabla de Comparación

for health insurance

Esta tabla de comparación puede ayudarlo a tomar una decisión adecuada, acerca de que plan de seguro de salud es el mejor para su familia. Compare los beneficios, co-pagos y primas de seguro médico entre el plan de CHIP y el plan de seguro médico de su empleador. Decida entonces cual es la mejor opción para Usted:

- Asegure a su hijo con CHIP, o
- Asegure a su hijo con el plan de seguro de salud de su empleador, y reciba hasta \$100 dólares por cada niño (de UPP).

Beneficios	CHIP Plan A* Co-pagos	UPP & Co-pagos de Seguro Médico del Empleador	CHIP Plan B* Co-pagos
Visitas al Doctor	\$3		\$15
Exámenes para Niños	\$0		\$0
Recetas Médicas Genéricos De Marca Orden de Medicamentos No-PDL**	\$1 por PDL** genérico \$1 por PDL** de marca Por correo no disponible \$3 por no-PDL		\$5 for PDL** genérico \$5 for PDL** de marca Por correo no disponible 50% del monto total por no-PDL
Vacunas	\$0		\$0
Servicios de Laboratorio	\$1 (menos de \$50) \$2 (más de \$50)		\$5 (menos de \$50) 10% del monto total (más de \$50)
Rayos-X	\$1 (menos de \$100) \$3 (más de \$100)		\$5 (menos de \$100) 10% del monto total (más de \$100)
Examen Visual	El plan paga \$30 por un examen anual		El plan paga \$30 por un examen anual
Examen Auditivo	El plan paga \$30 por un examen anual		El plan paga \$30 por un examen anual
Servicios de Hospitalización Paciente Internado No-Internado	\$3 \$3		10% del monto total 10% del monto total
Servicios de Emergencia Visita a Sala de Emergencias Ambulancia	\$3 \$0		\$35 \$0

* Los planes de CHIP A o B - Esto no es un plan que usted escoge. Esta basado en sus ingresos y es determinado por su trabajador de elegibilidad.

**PDL - Un medicamento recetado en la lista de preferidos

Beneficios	CHIP Plan A Co-pagos	UPP & Co-pagos de Seguro Médico del Empleador	CHIP Plan B Co-pagos
Sala de Emergencias	\$3		\$15
Visitas a Especialistas	\$3		\$15
Quiropráctico, Terapia Física, y Terapia Ocupacional	\$3 (límite 16 visitas combinadas en un año)		\$15 (límite 16 visitas combinadas en un año)
Cirujano Paciente Internado o No Internado Oficina del Doctor	\$0 \$3		\$0 \$15
Anestesista	\$0		\$0
Servicio de Cirugía Ambulatorio	\$3		10% del monto total
Salud Mental Pacientes Internados	\$3 (30 visitas limite por plan anual)		10% los 10 primeros días 50% los próximos 20 días (30 visitas limite por plan anual)
Salud Mental Pacientes sin Internación	\$3 (30 visitas limite por plan anual)		50% del monto total (30 visitas limite por plan anual)
Equipo Médico y Provisiones	\$0 (más de \$750 necesita ser aprobado con anticipación)		\$0 (más de \$750 necesita ser aprobado con anticipación)
Cuidado a Domicilio y Hospicio	\$0 (necesita ser aprobado con anticipación)		\$0 (necesita ser aprobado con anticipación)
Cuota Tarifa	\$0 or \$13 (cada 3 meses; basado en salario)	(se recibe hasta \$100 de UPP por cada niño por mes)***	\$25 (cada 3 meses)
Máximos Gastos de su Bolsillo	5% del salario anual por familia		5% del salario anual por familia
Deducible	No		No
Servicio Dentales	\$0 to \$3 (beneficios limitados)	(se reciben \$20 adicionales de UPP por cada niño por mes)	0% - 20% del monto total (beneficios limitados)
Otros Beneficios			

*** Adicionalmente, los adultos podrían calificar para recibir hasta \$150 por mes.